



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

un coroscanner de réévaluation à deux mois, ainsi qu'une réévaluation urologique à distance.

**Discussion** L'épidémie de SARS-CoV-2 a provoqué une hausse (jusqu'à trente fois) de l'incidence de la MK et des syndromes inflammatoires multisystémiques (MIS) simulant une MK chez les enfants. Cette association est plus rare chez l'adulte : seuls cinq cas sont rapportés où une infection par le SARS-Cov-2 objectivée par PCR remplissait de façon concomitante les critères de MK. Un seul autre cas était chronologiquement similaire au nôtre, avec une infection peu symptomatique par le SARS-CoV-2 chez une femme de 19 ans, suivie un mois plus tard d'un MIS associé à une MK. Il faut également noter l'originalité de la présentation clinique de ce patient. L'orchite et la pancréatite sont atypiques dans la MK, et n'ont été décrites que chez l'enfant. C'est à notre connaissance le premier cas où l'on retrouve ces deux atteintes associées, de surcroît chez un adulte.

**Conclusion** Malgré la rareté de la MK post SARS-CoV-2 chez l'adulte, il est important d'en évoquer le diagnostic face aux signes cliniques cardinaux, même lorsqu'ils sont accompagnés de symptômes atypiques, afin de ne pas méconnaître une atteinte coronaire.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

*Pour en savoir plus*

Cogan E, Foulon P, Cappeliez O, Dolle N, Vanfraechem G, De Backer D. Multisystem Inflammatory Syndrome With Complete Kawasaki Disease Features Associated With SARS-CoV-2 Infection in a Young Adult. A Case Report. *Front Med.* 14 juill 2020 ;7:428.

Jean-Baptiste Fraison, Pascal Seve, Claire Dauphin, Alfred Mahr, Emeline Gomard-Mennesson, et al. Kawasaki disease in adults: observations in France and literature review Short title: Kawasaki disease in adults in France. *Autoimmunity Reviews*, Elsevier, 2015, In press. 10.1016/j.autrev.2015.11.010. hal-01240471.

Kabeerdoss J, Paliana RK, Karkhele R, Kumar TS, Danda D, Singh S. Severe COVID-19, multisystem inflammatory syndrome in children, and Kawasaki disease: immunological mechanisms, clinical manifestations and management. *Rheumatol Int.* janv 2021 ;41(1):19-32.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.03.067>

### CA132

#### Kyste de l'ouraque révélé par un botriomycome à l'âge adulte

R. Saïd El Mabrouk<sup>1,\*</sup>, I. Lahouel<sup>1</sup>, H. Belhadjali<sup>1</sup>, S. Daada<sup>2</sup>, M. Youssef<sup>1</sup>, J. Zili<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dermatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

<sup>2</sup> Médecine interne, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [saidranda@yahoo.fr](mailto:saidranda@yahoo.fr) (R. Saïd El Mabrouk)

**Introduction** Le kyste de l'ouraque est une pathologie congénitale rare due à un défaut d'oblitération du canal de l'ouraque. Il est habituellement diagnostiqué au cours des premiers mois de la vie. Nous rapportons un cas de kyste de l'ouraque révélé par un botriomycome à l'âge adulte.

**Observation** Un patient âgé de 17 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultait en dermatologie pour un nodule ombilical évoluant depuis 2 mois. Le patient rapportait la notion de douleurs abdominales. À l'examen, il présentait un botriomycome ombilical avec un suintement associé. Une anomalie d'involution du canal de l'ouraque était suspectée et une échographie abdominale a confirmé le diagnostic en objectivant un kyste de l'ouraque surinfecté. Le patient a été traité par antibiothérapie et adressé pour exérèse chirurgicale.

**Discussion** L'ouraque est un vestige fibreux du cloaque qui fait communiquer la vessie et l'ombilic. L'involution de cette structure se fait généralement après la naissance sous forme d'un cordon fibreux oblitéré. Cependant, un défaut d'oblitération de ce canal entraîne la formation du kyste de l'ouraque qui est une forma-

tion liquidienne sous ombilicale due à l'accumulation de sécrétions séreuses et de sang. Le kyste de l'ouraque est diagnostiqué en règle par un écoulement ombilical ou un botriomycome ombilical. Il peut rester exceptionnellement latent et être diagnostiqué à l'âge adulte. La persistance de ce kyste se manifeste par des douleurs abdominales et peut être révélée par des complications telles que l'infection, comme dans notre cas. Son exploration repose essentiellement sur l'échographie abdomino-pelvienne. Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale afin de prévenir à la fois les risques d'infection et de dégénérescence néoplasique.

**Conclusion** Les pathologies de l'ouraque, bien qu'exceptionnelles, doivent être connues et évoquées devant un nodule ou un suintement ombilical chez l'enfant mais également chez l'adulte.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.03.068>

### CA133

#### Une localisation exceptionnelle de démodécidose en post infection COVID-19

I. Lahouel<sup>1</sup>, R. Saïd El Mabrouk<sup>1,\*</sup>, R. Hadhri<sup>2</sup>, S. Daada<sup>3</sup>, M. Youssef<sup>1</sup>, H. Belhadjali<sup>1</sup>, J. Zili<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dermatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

<sup>2</sup> Anatomopathologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

<sup>3</sup> Médecine interne, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [saidranda@yahoo.fr](mailto:saidranda@yahoo.fr) (R. Saïd El Mabrouk)

**Introduction** Depuis son apparition, la maladie COVID-19 a entraîné une recrudescence imprévisible des manifestations dermatologiques. Nous rapportons une première observation de démodécidose localisée au niveau du cuir chevelu apparue en post infection par le coronavirus SARS-COV-2.

**Observation** Un patient âgé de 45 ans, sans antécédents médicaux particuliers, s'est présenté à la consultation de dermatologie pour une lésion du cuir chevelu apparue 10 jours après une infection par le coronavirus SARS-COV-2 confirmée par réaction de polymérisation en chaîne (PCR). À l'examen, le patient présentait une plaque érythémateuse papuleuse localisée au niveau de la région occipitale du scalp avec une légère raréfaction des cheveux. L'examen histopathologique montrait un épiderme surmonté d'une hyperkératose orthokératosique avec une hyperpigmentation de sa basale et la plupart des follicules pileux renfermaient des demodex. Il s'y associait au niveau du derme un infiltrat inflammatoire de siège péri-pilaire et périvasculaire fait essentiellement de lymphocytes. En se basant sur les signes cliniques et l'histopathologie, le diagnostic de démodécidose du cuir chevelu a été retenu. Le patient a été traité par métronidazole topique avec une nette amélioration de sa lésion.

**Discussion** Nous rapportons une localisation exceptionnelle de démodécidose chez un sujet immunocompétent apparue en post COVID-19, maladie ayant entraîné plusieurs manifestations dermatologiques telles que des éruptions érythémato-papuleuses, morbilliformes ou pseudo-urticariennes. Aussi, plusieurs cas d'engelures, de manifestations vasculaires, livédoïdes et des vascularites purpuriques ont été rapportés. Ces manifestations dermatologiques sont expliquées par la réaction immunitaire induite et par une microvascularopathie. D'autres dermatoses à type de dermatites séborrhéiques, pelade et effluvium télogène causées par le stress dans le contexte de la maladie COVID-19 ont été rapportées. À notre connaissance, une démodécidose du cuir chevelu en post infection par le coronavirus n'a pas été décrite auparavant. La démodécidose est une ectoparasitose secondaire à une forte infestation du follicule pileux par le demodex, un parasite commensal de l'unité pilosébacée, se manifestant typiquement par une dermatose faciale. L'immunodéficience semble créer un environnement favo-

rable pour le développement du parasite. Une démodicose du cuir chevelu est rare et n'a été décrite que chez des sujets immunodéprimés ou sous des traitements immunosuppresseurs. Dans notre cas, les perturbations de la réponse immunitaire de l'hôte inhérentes au SARS-COV-2 peuvent expliquer cette localisation atypique de démodicose.

**Conclusion** Cette observation souligne l'importance de reconnaître les manifestations cutanées liées à la maladie COVID-19 étant donné leur variabilité. Des études cliniques sont essentielles pour préciser les mécanismes physiopathologiques de ces manifestations et éventuellement prédire l'évolution de la maladie.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.03.069>

#### CA134

### Pustulose exanthématique aiguë localisée après une piqûre de moustique chez une patiente traitée pour un cancer du sein

R. Saïd El Mabrouk<sup>1,\*</sup>, M. Mohamed<sup>1</sup>, M. Kechida<sup>2</sup>, I. Lahouel<sup>1</sup>, Y. Soua<sup>1</sup>, H. Belhadjali<sup>1</sup>, J. Zili<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dermatologie, CHU Fattouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

<sup>2</sup> Médecine interne, CHU Fatouma Bourguiba, Monastir, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [saidranda@yahoo.fr](mailto:saidranda@yahoo.fr) (R. Saïd El Mabrouk)

**Introduction** La pustulose exanthématique aiguë localisée (PEAL) est une variante localisée rare de la pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG). À ce jour, seule une vingtaine de cas de PEAL a été rapportée dans la littérature.

La quasi-totalité des cas publiés étaient induits par une prise médicamenteuse par voie générale. D'autres facteurs inducteurs ont été décrits tels que les piqûres d'araignées ou les expositions à des végétaux. Nous rapportons un premier cas de PEAL du tronc induit par une piqûre de moustique sur des séquelles d'un traitement de cancer de sein.

**Observation** Une patiente âgée de 53 ans diabétique, dyslipidémique et ayant eu un cancer du sein gauche 2 ans auparavant, traitée par une mastectomie totale avec un curage des ganglions axillaires homolatéraux, une radiothérapie et une chimiothérapie, a développé brutalement des plaques érythémateuses indurées parsemées de pustules non folliculaires sur la face antérieure du tronc, survenant 48 h après une piqûre de moustique. Il n'y avait pas de lésions cutanées à distance ni de lésions au niveau des muqueuses. L'enquête étiologique a montré qu'il n'y avait pas d'épisode infectieux, pas de prise médicamenteuse par voie générale ou locale ni de contact récent avec des plantes précédant le tableau clinique. Cependant, la patiente a rapporté une piqûre d'insecte et l'examen clinique a trouvé une papule prurigineuse excoriée au niveau du bras gauche. Le score EuroSCAR était de 8/12, confirmant le diagnostic de PEAL. L'évolution était favorable après une corticothérapie locale résultant en une régression complète des lésions et une desquamation rapide post pustuleuse.

**Discussion** La particularité de ce cas réside dans l'apparition de la pustulose aiguë localisée (PEAL) suite à une piqûre de moustique chez une femme présentant des séquelles cutanées et sous cutanées d'un traitement agressif de cancer du sein. Les arguments plaçant en faveur de la piqûre de moustique comme cause de PEAL chez notre patiente étaient en particulier la présence d'une lésion témoignant de la piqûre de moustique, la chronologie des événements, avec un délai de 48 heures entre la piqûre et l'éruption et l'absence d'autres causes classiques de PEAL. Les réactions aux piqûres de moustiques sont habituellement locales, immédiates ou tardives, à type d'érythème ou de papule prurigineuse et/ou indurée. Ces réactions sont dues à une hypersensibilité immédiate et tardive, impliquant à la fois des IgE et des IgG en réponse à des antigènes salivaires des moustiques et les réactions générales à

type d'urticaire ou de choc anaphylactique sont exceptionnellement observées.

**Conclusion** La piqûre de moustique s'ajoute au spectre étiologique des PEAL de l'adulte. Les séquelles induites par le traitement du cancer du sein peuvent constituer l'un des facteurs de risque de cette réaction.

**Déclaration de liens d'intérêts** Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2021.03.070>

#### CA135

### Infection à Plasmodium Falciparum compliquée de myosite et d'infarctus osseux

S.S. Sayhi, R. Ghariani\*, B. Arfaoui, G. Nour, F. Ajili, A.N. Ben, N. Bousetta, B. Louzir

Médecine interne, hôpital Militaire de Tunis, unité de recherche maladies auto-immunes UR17DN02, Tunis, Tunisie

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [ranyaagharyani@gmail.com](mailto:ranyaagharyani@gmail.com) (R. Ghariani)

**Introduction** Le paludisme est une maladie due à des parasites du genre Plasmodium. Sa présentation clinique est variable allant des formes simples jusqu'à des formes sévères en rapport avec des complications hématologiques, neurologiques ou respiratoires. Cependant, les complications musculo-squelettiques sont rarement décrites. Nous rapportons à ce propos l'observation d'un jeune homme ivoirien présentant un paludisme compliqué d'une myosite et d'ostéonécrose aseptique.

**Observation** Il s'agissait d'un patient ivoirien, élève officier, âgé de 21 ans aux antécédents d'une luxation de l'épaule droite post traumatique opérée et de paludisme à Plasmodium Falciparum dont le dernier accès remontait au mois d'août 2020 qui était hospitalisé 2 mois après pour des douleurs musculaires au niveau des deux hanches. À l'examen clinique, il était apyrétique. Il présentait une douleur à la pression des masses musculaires au niveau des 2 hanches sans signes inflammatoires ni lésions cutanées en regard. Le testing musculaire objectivait un déficit musculaire mixte plus accentué au niveau du membre inférieur droit et une fatigabilité au cours des répétitions des mouvements. Le reste de l'examen somatique était sans particularités. À la biologie, on notait une myolyse (CPK à 30 fois la normale, LDH à 2 fois la normale et ASAT à 4 fois la normale). L'examen frottis/goutte épaisse était négatif. L'électromyogramme était en faveur d'une atteinte myogène compatible avec une myosite. À l'enquête étiologique, le bilan thyroïdien était normal et les anticorps anti RO52 étaient faiblement positifs. Par ailleurs, l'IRM musculaire montrait un aspect en faveur d'infarctus osseux diaphysaire distal des deux fémurs. Une scintigraphie osseuse à la recherche d'autres localisations montrait une hyperfixation fémorale bilatérale plus étendue à droite en rapport avec les lésions osseuses connues. Le bilan étiologique de l'ostéonécrose y compris l'électrophorèse de l'hémoglobine et le bilan de thrombophilie était normal. À la lumière de ces explorations, le diagnostic de myosite avec ostéonécrose d'origine palustre semble le plus probable. Sur le plan thérapeutique, le patient a été mis au repos strict avec exemption de tout effort physique et une réhydratation. L'évolution était favorable avec amélioration des douleurs musculaires et régression progressive de la myolyse biologique.

**Discussion** Les formes graves du paludisme sont souvent dues au Plasmodium Falciparum avec un taux de mortalité élevé, notamment dans les pays où l'accès aux soins est restreint. Les complications musculo-squelettiques entraînant une nécrose et/ou une rhabdomyolyse. Leur pathogénie est complexe. La rhabdomyolyse peut être expliquée par la séquestration des globules rouges parasités dans les micro vaisseaux entraînant une altération de la fonction microvasculaire et ainsi de la consommation en oxygène du muscle squelettique, et en conséquence une obstruction du flux

